

Opole,

.....
Nazwisko i imię Rodzica/Opiekuna prawnego

.....
Adres zamieszkania

.....
Nazwisko i imię osoby niepełnosprawnej

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem udostępniania konta bankowego Fundacji Dom Rodzinnej Rehabilitacji Dzieci z Porażeniem Mózgowym w Opolu z dn. 03.12.2011 r. osobom niepełnosprawnym – beneficjentom Fundacji.

Wszystkie zapisy REGULAMINU są dla mnie zrozumiałe.

Zobowiązuję się do przestrzegania zapisów regulaminu.

.....
podpis osoby niepełnosprawnej lub jej opiekuna prawnego